

**SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2021 CON CORTE A 31 DE AGOSTO**

**1. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

N	PROCESO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL DEL RIESGO	OPCIÓN MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	RIESGO RESIDUAL		RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 31 DE AGOSTO DE 2021		
										IMPACTO	NIVEL DEL RIESGO		SEGUIMIENTO DE EVOLUCION DEL RIESGO	N° de Riesgo	EVIDENCIA
1(ENERO 2021)	INCORPORACIÓN DE PERSONAL	1.Possibilidad de vinculación de Funcionario con incumplimiento de Requisitos por recomendación de un Tercero permitiendo el amiguismo y clientelismo	CORRUPCIÓN	Influencia de terceros para la vinculación  Intereses personales para favorecer a un tercero  Intervención en los procesos de selección	POSIBLE  POSIBLE  POSIBLE	MAYOR  MAYOR  MAYOR	ALTO  ALTO  ALTO	EVITAR  EVITAR  EVITAR	La Jefe de Talento Humano, cada vez que se haya verificado el cumplimiento de los requisitos de Lista de Chequeo código GTH-TH-F-002D, expide una certificación donde consta que la persona a vincular se encuentra en la lista de elegibles, o de libre nombramiento y remoción o en su caso de provisionalidad, indicando: cargo y trazabilidad del proceso de convocatoria con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos del DAFP, CNSC y a la normatividad vigente. En caso de que no sea de la lista de elegibles, la Jefe de Talento Humano expedirá una certificación donde indique que el cargo convocado no tiene lista de elegibles.	MAYOR  MAYOR  MAYOR	ALTO  ALTO  ALTO	La Jefe de Talento Humano	Se evidencia un seguimiento oportuno en la revisión de los indicadores como se demuestra a continuación  Indicador de Eficacia: De acuerdo con los correos enviados, se validaron 3 hojas de vidas 3/3=100%  Indicador de Efectividad: 3 certificación del jefe de Talento Humano 3/3=100%	1	<a href="#">RIESGO 1</a>
2(ENERO 2021)	GESTIÓN DE PAGO A PROVEEDORES	2.Possibilidad de realizar un giro por un valor diferente y aun proveedor diferente al autorizado a favor de un particular o de un tercero	CORRUPCIÓN	Se anexe el comprobante de egreso que no corresponde a la orden de pago.	IMPROBABLE	CATASTROFICO	EXTREMO	EVITAR	El profesional universitario de tesorería cada vez que recepcione el comprobante de egreso verificará el valor del comprobante de egreso acorde con la cuenta por pagar, el nombre del tercero y el valor que coincide con el comprobante de lo que va a girar a través de la plataforma, con el propósito de evitar mayor valor pagado y a un proveedor diferente a lo autorizado. Se evidenciará la conciliación en acta de reunión, la relación de los comprobantes de egreso con los giros electrónicos. En caso de que se presente el riesgo, se notificará de forma inmediata al subgerente financiero y al gerente por medio de los canales de comunicación institucional	CATASTROFICO	EXTREMO	El profesional universitario de Tesorería	Se han generado las actas de conciliación por los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto de 2021, verificando que no se materializó el Riesgo Sarifat. Se adjuntan las actas de conciliación de registros bancarios en la Tesorería	2	<a href="#">RIESGO 2</a>
	GESTIÓN DE PAGO A PROVEEDORES		CORRUPCIÓN	Diligenciamiento incompleto del comprobante de egreso: sin la firma de quien elabora el comprobante y quien realiza la transferencia en el portal	IMPROBABLE	CATASTROFICO	EXTREMO	EVITAR	El profesional universitario de tesorería cada vez que se genere un comprobante de egreso, verificará que esté debidamente firmado por el funcionario quien lo elabora y luego de efectuada la transferencia firmará el respectivo comprobante de egreso, con el propósito de confirmar el proceso de pago. En caso de que no se evidencie las firmas en el comprobante de egreso se verificará en el portal del banco respectivo. La evidencia es el acta de conciliaciones donde se relaciona el número de los comprobantes de egreso debidamente firmado en sus respectivos espacios del formato.	CATASTROFICO	EXTREMO	El profesional universitario de Tesorería	Se han generado las actas de conciliación por los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto de 2021, verificando que no se materializó el Riesgo Sarifat. Se adjuntan las actas de conciliación de registros bancarios en la Tesorería		
3(ENERO 2021)	CIÓN TICS	a confidencial para obtener un beneficio a favor personal o de un tercero	CORRUPCIÓN	Insuficientes sistemas de protección y/o seguridad física y lógica de la infraestructura de TIC.	IMPROBABLE	MAYOR	ALTO	EVITAR	El profesional de infraestructura tecnológica de la mesa de servicio Controla el acceso al Datacenter (Centro de datos principal), de forma permanente, acorde al procedimiento GI-TIC-P-001A-033, el ingreso se registra en el formato GI-SI-F-001E REGISTRO DE ACCESO AL DATACENTER, cada vez que se registre y se presenta los formatos de forma mensual en el informe de supervisión, con el fin de proteger la infraestructura tecnológica del sitio. En caso que impida la realización de este procedimiento el coordinador de la mesa de servicio informará de forma inmediata al oficial de seguridad de la información y al Líder de la oficina SIH.  El profesional de infraestructura tecnológica de la mesa de servicio realiza monitoreo del antivirus y del firewall (GI-TIC-P-001A-029 - GI-TIC-P-001A-016) de forma permanente y es presentado de forma mensual al líder de la oficina SIH dentro del informe de supervisión, lo anterior se hace con el fin de reducir riesgos de ataques externos y mantener actualizados los dispositivos. En caso que impida la realización de este procedimiento el coordinador de la mesa de servicio informará de forma inmediata al Líder de la oficina SIH.	MAYOR	ALTO	El profesional de infraestructura tecnológica de la mesa de servicio	TALENTO HUMANO Se realiza el seguimiento correspondiente arrojando los siguientes datos de medición según se observa Indicador de Eficacia: De acuerdo con los correos enviados, se validaron 3 hojas de vidas 3/3=100% Indicador de Efectividad: 3 certificación del jefe de Talento Humano	3	<a href="#">RIESGO 3</a>

	GES		3.Possibilidad de manipulación o robo de la información considerandi	CORRUPCIÓN	Deficiencias en el respaldo de las bases de datos core del negocio.	IMPROBABLE	MAYOR	ALTO	EVITAR	El coordinador y el profesional Tic de la mesa de servicio realiza las copias de seguridad diariamente a las bases de datos principales (Indigo Crystal y dinamica gerencial) donde se registran en una bitácora en un formato de excel y es presentado mensualmente al líder de la oficina SIH, con el fin de salvaguardar la información contenida en las bases de datos. En caso de que se presente alguna novedad que impida la realización de este procedimiento el coordinador de la mesa de servicio informara de forma inmediata al Líder de la oficina SIH.	MAYOR	ALTO	coordinador de la mesa de servicio	3/3=100% <b>SIH:</b> Se realiza el seguimiento a los indicadores establecidos con sus evidencias.  Se realiza el seguimiento a los indicadores establecidos con sus evidencias		
				CORRUPCIÓN	Filtrar información confidencial	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El Profesional Universitario de Talento Humano asignado al procedimiento de verificación de documentos, solicitará la firma de un Acuerdo de Confidencialidad por parte del aspirante, previo al ingreso a la Entidad, cada vez que se realice una incorporación de personal; con el propósito de que el aspirante se comprometa a salvaguardar fielmente la información a la cual accede; en caso que se niegue a firmar el acuerdo de confidencialidad, se informará a la Jefe de Talento Humano para lo que corresponda.	CATASTRÓFICO	EXTREMO	Profesional Universitario de Talento Humano			
4 (ENERO 2021)	PROCESO CONTRACTUAL	4.Possibilidad de direccionamiento de contratos a favor de un tercero, por uso indebido del poder, acción u omisión en los procedimientos establecidos en el proceso contractual(GJ-CONT-C-001).	CORRUPCIÓN	Selección de contratistas sin el cumplimiento de los requisitos precontractuales.	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El jefe de la Oficina de Contratación cada vez que realice un proceso de selección en la modalidad de contratación directa, verificará los requisitos precontractuales establecidos, a través de la lista de chequeo (GJ-CONT-F-001B), para garantizar el cumplimiento de las normas aplicables. En caso de encontrar inconsistencia se informará a la Gerencia.	CATASTRÓFICO	EXTREMO	Jefe Oficina de Contratación.	Se realiza seguimiento en la metodología institucional implementada para tal fin.	4	RIESGO 4	
				Selección de contratistas sin los requisitos jurídicos, técnicos y financieros, que demuestren la aptitud para ejecutar el objeto contractual.	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El jefe de la Oficina de Contratación cada vez que realice un proceso de selección en la modalidad de invitación simplificada comunicará mediante oficio a los responsables técnicos de evaluación de ofertas, para garantizar la selección objetiva.  2. El Gerente cada vez que realice un proceso de selección en la modalidad de convocatoria pública designará mediante acto administrativo el Comité evaluador de ofertas, para garantizar la selección objetiva.  *En caso de omitir estas acciones, se informará a Control Interno Disciplinario o ente de control respectivo.	CATASTRÓFICO	EXTREMO	Gerente y Jefe de Oficina de Contratación.	Se realiza seguimiento en la metodología institucional implementada para tal fin.			
				Falta de publicidad de los procesos contractuales institucionales.	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El Jefe de la Oficina de Contratación publicará mensualmente en la página web institucional, la relación de los contratos suscritos por la entidad, como herramienta de publicidad y transparencia, dejando evidencia en el ticket generado al grupo de mesa de ayuda institucional y el documento en pdf adjunto con la relación de contratos a publicar.  2. El jefe de la Oficina de Contratación cada vez que se formalice un contrato (requisitos de ejecución), lo publicará en la plataforma SECOP de Colombia Compra Eficiente, como herramienta de publicidad y transparencia. Se evidenciará en la ficha técnica del indicador "Proporción de contratos publicados en el SECOP".  * En caso de no publicar los contratos, se comunicará a Control Interno Disciplinario.	CATASTRÓFICO	EXTREMO	Jefe Oficina de Contratación.	Se realiza seguimiento en la metodología institucional implementada para tal fin.			
5.(ENERO 2021)	PROCESO CONTRACTUAL	5.Contestación por necesidad planteada que no está respaldada con las acciones necesarias para prevenir el contagio de virus o mitigar los efectos de la pandemia, y que favorezca a un tercero.	CORRUPCIÓN	Falta de Justificación previa de la necesidad, que no esté destinada a contener la emergencia.			EXTREMO	EVITAR	El jefe de la Oficina de Contratación, cada vez que se requiera contratar con destino a contener la emergencia COVID19, verificará que los estudios previos presentados, estén justificados por el Jefe del área donde surge la necesidad, como garantía del principio de planeación que orienta el proceso contractual. Se evidenciará en los estudios previos de cada contrato publicado en la carpeta compartida de uso institucional "Unidad T".		EXTREMO	El jefe de la Oficina de Contratación	Se realiza seguimiento en la metodología institucional implementada para tal fin.	5	RIESGO 5	
			CORRUPCIÓN	Selección de contratistas sin el cumplimiento de los requisitos precontractuales.	RARA VEZ	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El jefe de la Oficina de Contratación cada vez que realice un proceso de selección en la modalidad de contratación directa relacionada con las acciones para contener la emergencia COVID19, verificará los requisitos precontractuales establecidos, a través de la lista de chequeo (GJ-CONT-F-001B), para garantizar el cumplimiento de las normas aplicables. En caso de encontrar inconsistencia se informará a la Gerencia.	CATASTRÓFICO	EXTREMO	El jefe de la Oficina de Contratación	Se realiza seguimiento en la metodología institucional implementada para tal fin.			

6 (ENERO 2021)	DEVOLUCIÓN Y BAJA DE BIENES	6. Posibilidad de Pérdida de bienes en la recepción de activos fijos de la entidad para dar de baja a beneficio propio y/o de terceros	CORRUPCIÓN	Que se realice el traslado sin la recepción física del activo.	PROBABLE	MAYOR	ALTO	EVITAR	El Profesional Almacén- Activos Fijos, cada vez que recepcione la solicitud para dar de baja el bien, verificara que esta venga soportada con (reporte de servicio tecnico y concepto tecnico) con el objetivo de constatar que el bien cumpla con los requisitos para dar de baja. En caso que no cumpla con los requisitos el bien no sera recibido por el área para dar inicio del tramite. Una vez el bien cumpla con los requisitos generara el documento de traslado.	MAYOR	ALTO	El Profesional Almacén- Activos Fijos	De acuerdo a las solicitudes realizadas por los responsables de los diferentes servicios del hospital en el segundo cuatrimestre del año, el profesional de Almacén y Activos Fijos dio tramite a los bienes para ser dados de baja con su respectivo traslado teniendo en cuenta el estado en que se encuentra. Este proceso se realizó una vez verificado los documentos adjuntos (reporte técnico y concepto técnico emitido por el personal idoneo), tal como lo establece el proceso.  Se adjunta como evidencia una muestra aleatoria del documento generado desde el módulo de activos fijos del software institucional de los meses mayo, junio, julio y agosto junto con la matriz de seguimiento mensual de corrupcion.	6	RIESGO 6
7(ENERO 2021)	GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	7.Posibilidad de dilatar los términos del reporte del siniestro a la Aseguradora, una vez se cuente con la documentación exigida, para beneficio propio o de un tercero	CORRUPCIÓN	Siniestros ocasionados por colaboradores, terceros o casos fortuitos, sin reporte para el trámite administrativo y ante la aseguradora	PROBABLE	MAYOR	ALTO	EVITAR	El Profesional Especializado de la Subgerente Administrativa cada vez que le reportan el siniestro a la Subgerente Administrativa, socializará dentro del periodo respectivo ante el Subcomite de Autocontrol del área, el reporte del siniestro, el estado en el que se encuentra, la documentación recibida y la que falta para soportar la reclamación del siniestro y las fechas limites para realizar la reclamación ante la aseguradora, con el fin de lograr el reconocimiento y pago del siniestro. En caso de no encontrar toda la documentación exigida, se genera reporte por e-mail o por escrito al jefe inmediato del área.	MAYOR	ALTO	El profesional especializado de la subgerencia Administrativa	Se informa en cada Subcomite de Autocontrol, los siniestro reportados a la Subgerencia Activa, se adjunta acta del Subcomite de Autocontrol de los meses de Mayo – Agosto de 2021, en el que se detalla el siniestro reportado, el aviso y reclamación ante la aseguradora y los documentos remitidos para soportar y el trámite brindado a los siniestro reportados en meses anteriores. Se anexan acta de mayo – agosto de 2021. Se adjunta matriz de seguimiento de siniestros reportados: Idicador de Eficacia: 3/3 Indicador de Efectividad: 0/3	7	RIESGO 7
8 (ENERO 2021)	TRÁMITE DE DEMANDAS Y ACCIÓN DE REPETICIÓN	8. Posibilidad de recibir el seguimiento a la defensa técnica de los procesos judiciales de la Oficina Asesora Jurídica, permitiendo que los abogados contratistas externos actúen en beneficio de terceros en detrimento de los intereses del Hospital Universitario Hermandad Moncaliano Pindomo.	CORRUPCIÓN	No realizar el seguimiento mensual a todos los procesos judiciales que se encuentran activos, por un descuido, desconocimiento, interés particular o favorecimiento de terceros.	RARA VEZ	CATASTRÓFICO	ALTO	EVITAR	El Profesional de la Oficina Asesora de Jurídica realiza seguimiento mensual a la defensa técnica de los procesos jurídicos activos, verificando la matriz de valoración de los procesos de defensa judicial presentado por los abogados externos, con la consulta de procesos de la página web de la Rama Judicial y con la información obtenida se actualiza el Formato de Control y Seguimiento a Procesos Judiciales, con el propósito de realizar la supervisión mensual y conocer las actuaciones de los abogados y el estado actual de cada uno de los procesos activos. Dejando evidencia del seguimiento en el Formato Control y Seguimiento a Procesos Judiciales que se encuentra guardado en la carpeta compartida de la Oficina Asesora Jurídica, ubicada en la siguiente ruta: \\172.16.19.13\RevisionTutela\DAVID\DEFENSA JUDICIAL\SEGUIMIENTO Y SUPEVISIÓN. En caso de identificar fallas en la defensa técnica se informa al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica.	CATASTRÓFICO	ALTO	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Se evidencia un seguimiento oportuno a la medición de los indicadores durante el desarrollo del cuatrimestre. Se anexa la matriz del riesgo del proceso diligenciada cada mes con los indicadores de Eficacia y efectividad.	8	RIESGO 8
9 (ENERO 2021)	PROCESO DISCIPLINARIO	9. Posibilidad de profirir auto inhibitorio sin el cumplimiento de los requisitos legales, a fin de no dar trámite a la queja a beneficio propio o de un tercero.	CORRUPCIÓN	amiguismo y clientelismo	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario, cada vez que realice el Comité de QUEJAS y previo análisis fáctico - jurídico, deberá justificar la decisión de inhibirse de dar trámite a la misma, con el fin de que la decisión sea preferida de acuerdo a la Ley 734 de 2002, de lo cual se dejará registro en el acta de comité de Quejas,	CATASTRÓFICO	EXTREMO	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario	El jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario cada vez que se considera un archivo definitivo es primero presentado en el Comité de Quejas realizando un analisis probatorio y procesal en razon de la cual se presente para archivo el expediente, para ser aprobado por el equipo interdisciplinario de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario.	9	RIESGO 9
10 (ENERO 2021)	PROCESO DISCIPLINARIO	10. Posibilidad de profirir auto de archivo definitivo sin el cumplimiento de los requisitos legales, a fin de no continuar el proceso disciplinario a beneficio de un tercero.	CORRUPCIÓN	amiguismo y clientelismo	IMPROBABLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario, cada vez que realice el comité de QUEJAS, deberá justificar la decisión de profirir Auto de Archivo definitivo, con el fin de que la decisión esté conforme a lo establecido en la Ley 734 de 2002, de lo cual se dejará registro en el acta de comité de QUEJAS, en caso de que no se genere dicha justificación legal para profirir auto de archivo definitivo, deberá abstenerse de archivar el proceso disciplinario.	CATASTRÓFICO	EXTREMO	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario	El jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario cada vez que se considera un auto inhibitorio es primero presentado en el Comité de Quejas realizando un analisis , para ser aprobado por el equipo interdisciplinario de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario.	10	RIESGO 10

11(ENERO 2021)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	11 Posibilidad de pérdida de medicamentos con fecha de vencimiento menor a 18 meses sin carta de compromiso y con existencias suficientes para un mes, para beneficio del proveedor.	CORRUPCIÓN	Recepción de medicamentos con fechas de vencimiento menor a 18 meses sin carta de compromiso.	PROBABLE	CATASTRIFICO	EXTREMO	EVITAR	El regente cada vez que recepcione medicamentos y/o dispositivos médicos, verificará si el producto cuenta con mínimo 18 meses de vida útil o cuenta con carta de compromiso, con el fin de asegurar el cambio del producto, en caso de que no rote y se acerque la fecha de vencimiento; en caso de que no cumple con los anteriores criterios, se notificará al proveedor y se registrará en el formato ACTA DE RECEPCION TECNICA / ADMINISTRATIVA, en el espacio de observaciones (Precisando que que se verificó las cantidades de todos los productos relacionados en la factura y se encontró que al menos un producto no contaba con existencias en el sistema para un mes y por esta razón se ingresan todos los productos. Si encuentra que el producto a recepcionar es menor a 18 meses, no tiene carta de compromiso y la institución cuenta con cantidades para un mes en todos los productos relacionados en la factura, se identificarán como producto rechazado, se notifica al proveedor e informa la situación al profesional universitario del área de la salud y oficina de Suministros.	CATASTRIFICO	EXTREMO	Regente de farmacia	Durante el mes de <b>MAYO</b> ingresaron productos para Farmacia Bodega mediante 269 comprobantes de entrada, de los cuales 80 contenían al menos 1 producto con fecha inferior a 18 meses y 180 comprobantes de entrada no presentaron observaciones, puesto que los productos tenían fecha de vencimiento superior a 18 meses.  Es menester precisar que 24 de los 80 comprobantes de entrada con al menos 1 producto con fecha inferior a 18 meses de vencimiento, fue necesario realizar la observación del control. Con respecto a los otros comprobantes con productos con fechas de vencimiento inferior a 18 meses, se observó la respectiva carta de compromiso.  Indicador de eficacia: 24/24*100= 100%  El 100% de los comprobantes de entrada con al menos un producto con fecha inferior a 18 meses y que no tienen carta de compromiso, contaron con la observación respectiva.  Indicador de efectividad: 0/93*100=	11	<a href="#">RIESGO 11</a>
12(ENERO 2021)		12 Posibilidad de pérdida de medicamentos y/o dispositivos médicos en condiciones de disponibilidad y pagos oportunos a beneficiarios de otras instituciones.	CORRUPCIÓN	Realización de préstamos de medicamentos y/o dispositivos médicos sin las condiciones necesarias de disponibilidad y pagos oportunos.	IMPROBABLE	CATASTRIFICO	EXTREMO	EVITAR	El profesional Universitario del área de la salud, cada vez que una institución solicite préstamo de medicamentos, verificará de acuerdo a las condiciones de operatividad del Servicio farmacéutico, como las cantidades existentes y comportamiento de préstamos, con el propósito de viabilizar el préstamo sin poner en riesgo el funcionamiento de la institución, se registrará en el formato de préstamo de mercancía, en el espacio de observaciones que "Se verificó las cantidades existentes y comportamiento de préstamos" En caso de no contar con las condiciones anteriormente mencionadas, no viabilizará el préstamo y le informará al solicitante.	CATASTRIFICO	EXTREMO	Profesional Universitario del área de la Salud	Durante el desarrollo del cuatrimestre se evidenció un total de 17 préstamos, discriminados a continuación: CLINICA MEDILASER S.A.: 7 SAN VICENTE DE PAUL: 4 POLICIA: 1 EMCOSALUD: 4 CLINICA UROS: 1 los cuales fueron devueltos el 100% de los préstamos realizados durante el transcurso del cuatrimestre cuentan con la observación respectiva.	12	<a href="#">RIESGO 12</a>
13(ENERO 2021)		13 Posibilidad de pérdida de los medicamentos y/o dispositivos médicos, por préstamos a las unidades funcionales sin el debido registro a beneficio de un tercero.	CORRUPCIÓN	Dispensación de medicamentos y/o dispositivos médicos mediante préstamos a las unidades funcionales sin generación de registros.	IMPROBABLE	CATASTRIFICO	EXTREMO	EVITAR	El Auxiliar de farmacia, cada vez que soliciten préstamos de medicamentos y/o dispositivos médicos por parte de las unidades funcionales, registrará en el libro de préstamos. (Nombre del producto, cantidades prestadas, el servicio, el nombre del paciente, nombre de quien presta y de quien recibe) con el fin de realizar posteriormente el cobro del producto prestado. En caso de que el producto halla sido registrado en el libro de préstamo y terminado el turno el responsable deberá entregarle al otro turno los préstamos con la identificación antes mencionada.	CATASTRIFICO	EXTREMO	Auxiliar de Farmacia	Durante el cuatrimestre evaluado la farmacia principal, implemento un libro de préstamos, en el cual se plasma todo medicamento y/o dispositivo medico que es requerido por un servicio asistencial.	13	<a href="#">RIESGO 13</a>

## 2 .RACIONALIZACION DE TRÁMITES

**PROPOSITO:** Facilitar al ciudadano y comunidad en general su interacción con la institución, atender las necesidades y expectativas del ciudadano asociadas a los trámites, fortalecer el control social y el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas.

SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 31 DE AGOSTO DE 2021

SUBCOMPONENTE	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	FECHA FINAL	RESPONSABLES	SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 31 DE AGOSTO DE 2021				
						Actividades realizadas al 30 de Abril de 2021	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA
Identificación de Trámites	1	Revisar los procesos de su unidad e identificar aquellos en los cuales el usuario realiza un procedimiento administrativo o un trámite (hay una solicitud del Usuario cliente Interno - Externo, puede tener soporte normativo y el usuario ejerce un derecho o cumple una obligación).	Listado de posibles trámites o procedimientos Administrativos dirigidos al usuario enviado a la Oficina de Planeación.  Acta de subcomité de autocontrol Punto 3.2 donde se deje evidencia que fueron revisados los procesos para identificar trámites.	30/06/2021	Líderes Unidades funcionales	Sub. Técnica: Se viene realizando actualización de trámites en la página web del hospital y seguimiento de los mismos en los comités de autocontrol de las unidades funcionales. - Se realizó reunión de seguimiento en subgerencia técnica científica del PAAC y sus actividades, se anexa acta. SIAU: En el mes de Julio de 2021 se hace revisión de los procesos del SIAU, con el fin de identificar trámites y otros procesos administrativos de cara al usuario y se identifican los mismos ya existentes los cuales están publicados en el SUIT (trámite de copias de Historias clínica y epícrisis, y las solicitudes de certificaciones de estancias hospitalarias). Se registra avance en acta de autocontrol del mes de agosto. TALENTO HUMANO: La Oficina de Talento Humano realiza revisión de procesos y actualización de los mismos, los cuales quedan actualizados en reunión de Autocontrol. CONTRATACIÓN: La Oficina de Contratación en reunión de autocontrol del mes de enero de 2021, concierne con cada uno de sus colaboradores, los diferentes componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2021, y se pudo determinar que de momento, no se identifican posibles trámites o procedimientos administrativos dirigidos al usuario.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	1	<a href="#">ACT 1</a>

Racionalización de tramites	2	<p>Revisar los tramites Institucionales inscritos en el SUIT <a href="http://hospitalneiva.gov.co/atencion-al-ciudadano/tramites-hospital/">http://hospitalneiva.gov.co/atencion-al-ciudadano/tramites-hospital/</a> y realizar analisis respecto a las siguientes variables:</p> <p>1. Uso del tramite (Reportar de manera trimestral a la oficina de planeación por cada uno de los canales de comunicación institucional, el resultado por cada mes así (enero- febrero - marzo; abril- mayo- junio; julio, agosto, septiembre; octubre- noviembre- diciembre);</p> <p>1.1 Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea 1.2 Número de solicitudes resueltas de forma presencial 1.3 Número de PQRSD recibidas</p> <p>2. Realizar difusión de las mejoras que se le han hecho a los tramites a través de los canales de comunicación institucional. (Asignación de citas para la prestación de servicios de salud). Entrega de resultados medicos- Laboratorios, Historia Clinica.</p>	<p>1. Reporte trimestral por cada tramite a la Oficina de planeación, según las variables definidas.</p> <p>2. Evidencia de la divulgación de los tramites a traves un canal de escucha para los usuarios en el servicio al que está adscrito el tramite (Cartelera, volantes entre otros).</p>	31/12/2021	<p>Lider de cada uno de los tramites:</p> <p><b>Servicios ambulatorios:</b> (Terapia (Examen de laboratorio clínico, Entrega de resultados de exámenes, Radiología e imágenes diagnósticas, Asignación de cita para la prestación de servicios en salud)</p> <p><b>Urgencias:</b>( Atención Inicial de Urgencias)</p> <p><b>Servicio Farmaceutico:</b> (Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos)</p> <p><b>Sistemas de Información:</b> Certificado de nacido vivo Certificado de defunción</p> <p><b>Gestión Documental:</b> Historia Clinica</p>	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	2	<a href="#">ACT 2</a>
-----------------------------	---	---	---	------------	--	-------------	---	---	-----------------------

### 3. RENDICION DE CUENTAS

PROPÓSITO: La rendición de cuentas es una expresión de control social que comprende acciones de petición de información y explicaciones, así como la evaluación de la gestión institucional.											SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 31 DE AGOSTO DE 2021					
ELEMENTOS	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	ETAPAS DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS					FECHA FINAL	DEPENDENCIA RESPONSABLE	Actividades realizadas al 30 de Abril e 2021	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA	
				APRESTAMIENTO	DISEÑO	PREPARACIÓN	EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN								
Subcomponente 1 Información	1,1	Conformar el equipo Líder de la Rendición de Cuentas para la presente vigencia	Equipo lider de la Rendición de cuentas conformado	x					28/02/2021	Gerencia Planeación	Estado: Cumplida Mediante oficio GER-13003-0004 de fecha 17 de marzo de 2021, la Gerente, Dra. Emma Constanza Sastoque informa a la Dra. Marleny Losada, Jefe de la oficina de Planeación la conformación del equipo lider para la Rendición de cuentas en la presente vigencia.	De 60 a 100%	Actividad cumplida satisfactoriamente	3	<a href="#">ACT 3</a>	
	1,2	Consolidar el informe de gestión de la Institución vigencia 2020 y publicarlo en la pagina web Institucional, Sección Rendición de Cuentas y demás canales institucionales que aplique.	1 informe de gestión consolidado y publicado en la página web	x		x			31/01/2021	Planeación	Estado: Cumplida El informe de Gestión vigencia 2020, se consolidado en la oficina de planeación de acuerdo a la información reportada por los líderes de acuerdo a los lineamientos impartidos por la oficina de planeación desde el mes de noviembre de 2020, así mismo el informe fue presentado en comité MIPG de enero de 2021, para la correspondiente aprobación y posteriormente fue publicado en pagina web institucional dando cumplimiento al art. 74 de 2011. <a href="https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/INFORME-DE-GESTION-2020-FINAL-V3.pdf">https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/INFORME-DE-GESTION-2020-FINAL-V3.pdf</a>	De 80 a 100%	Actividad cumplida satisfactoriamente	4	<a href="#">ACT4</a>	
	1,3	Realizar consulta a los grupos de valor con el fin de identificar información de interés, espacios y mecanismos para la rendición de cuentas y los canales de publicación preferidos.	Espacios abiertos para la petición de información (formularios virtuales, físicos, etc.)				x		28/02/2021	Atención al Usuario	Se realizó la consulta através de encuesta en la pag web, a los grupos de valor con el fin de identificar preferencias de espacios y mecanismos para la rendición de cuentas vigencia 2020 .	De 80 a 100%	Actividad cumplida satisfactoriamente	5	<a href="#">ACT 5</a>	
	1,4	Elaborar, divulgar y ejecutar el cronograma de participación ciudadana y Rendición de Cuentas.	Cronograma elaborado divulgado y ejecutado.			x		x		31/12/2021	Responsable de actividades en el cronograma	<b>Almacen:</b> De acuerdo a las solicitudes realizadas por los responsables de los diferentes servicios del hospital en el segundo cuatrimestre del año, el profesional de Almacén y Activos Fijos dio tramite a los bienes para ser dados de baja con su respectivo traslado teniendo en cuenta el estado en que se encuentra. Este proceso se realizó una vez verificado los documentos adjuntos (reporte técnico y concepto técnico emitido por el personal idoneo), tal como lo establece el proceso. Se adjunta como evidencia una muestra aleatoria del documento generado desde el módulo de activos fijos del software institucional de los meses: mayo, junio, julio y agosto junto con la matriz de seguimiento mensual de corrupción. <b>SI AU:</b> El SIAU tiene 3 actividades de compromiso en el cronograma de participación ciudadana, de las cuales 2 ya fueron cumplidas en la vigencia y 1 programada para la vigencia esta en ejecución. <b>PLANEACIÓN:</b> Estado: En Ejecución: El cronograma de participación Ciudadana se estructuró y se encuentra publicado en pagina web institucional, <a href="https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/GD-SGI-F-001F-CRONOGRAMA-DE-ACTIVIDADES-DE-PARTICIPACION-CIUDADANA-Y-RENDICION-DE-CUENTAS-3.pdf">https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2020/11/GD-SGI-F-001F-CRONOGRAMA-DE-ACTIVIDADES-DE-PARTICIPACION-CIUDADANA-Y-RENDICION-DE-CUENTAS-3.pdf</a> . Ver evidencias de las actividades ejecutadas a cargo de la oficina de Planeación Ejecutadas. <b>CONTRATACIÓN:</b> Verificado el cronograma de participación	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	6	<a href="#">ACT 6</a>
	1,5	Continuar promoviendo por parte de la oficina de talento humano a los nuevos funcionarios de la institución en la participación de los cursos virtuales ofrecidos por entidades Nacionales acerca de temas de lenguaje claro y comprensible, MIPG, Integridad, Transparencia Gerentes Públicos según el cargo a desempeñar.	Reporte anual a la oficina de Planeación indicando el número de funcionarios capacitados.		x				31/12/2021	Talento Humano	En el segundo cuatrimestre se evidencia que 450 colaboradores actuales, de 486 vinculados a la planta de la institución han desarrollado el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.  Ver página 44	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	7	<a href="#">ACT 7</a>	

Subcomponente 2 Diálogo	2.1	Programar y ejecutar Audiencia Pública participativa	Una Audiencia Pública Planeada y ejecutada Fecha de reporte de reporte de fecha y lugar al 10 abril de la vigencia.				x				31/07/2021	Equipo Lider	La Oficina de <b>Mercadeo</b> apoyó la planeación y ejecución de la Audiencia Pública de rendición de cuentas de la vigencia 2020, realizada el 01 de junio de 2021 en el auditorio de la Cámara de Comercio de Neiva. En la etapa de planeación la Oficina de Mercadeo diseñó infografía de invitación a la audiencia pública, la cual fue divulgada por los diferentes canales de comunicación institucional y remitida por correo electrónico a los diferentes grupos de valor. Durante la audiencia se realizó la transmisión por Facebook live, canal de youtube institucional, página web y carteleras digitales institucionales. <b>PLANEACIÓN:</b> Estado: Cumplida La Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se ejecutó de acuerdo a lo programado en la modalidad virtual con transmisión en vivo el 01 de Junio de 2021. Ver informe final de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas. <b>SIH:</b> Se realiza la rendición de cuentas con el apoyo de la	De 80 a 100%	Actividad cumplida satisfactoriamente	<b>8</b>	<a href="#">ACT 8</a>
	2.2	Realizar y publicar en pagina web acta de realización de audiencia de acuerdo a lo definido en la circular externa 008 del año 2018 de la Supersalud	Acta elaborada y publicada en pagina web institucional dentro de los 15 días hábiles siguientes a la realización de la audiencia y deberá estar acompañada de los registros de asistencia y el informe final presentado en la audiencia pública.				x				31/08/2021	Planeacion	Estado: Cumplida Acta elaborada y publicada en pagina web institucional dentro de los 15 días hábiles siguientes a la realización de la audiencia, acompañada de los registros de asistencia y el informe final presentado en la audiencia pública. <a href="https://hospitalneiva.gov.co/rendicion-de-cuentas/reglamento-audiencia-publica-de-rendicion-de-cuentas/desarrollo-de-audiencias1/">https://hospitalneiva.gov.co/rendicion-de-cuentas/reglamento-audiencia-publica-de-rendicion-de-cuentas/desarrollo-de-audiencias1/</a>	De 80 a 100%	Actividad cumplida satisfactoriamente	<b>9</b>	<a href="#">ACT 9</a>
	2.3	Dejar registro de los espacios en los que la Institución presente ante la ciudadanía y demás grupos de interés la información institucional que propicie diálogo con estos grupos, consolidar de manera cuatrimestre y reportar a la oficina de planeación.	Formatos diligenciados 1. GD-SGI-F-001G REPORTE DE ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y RENDICIÓN DE CUENTAS 2.GD-SGI-F-001H SEGUIMIENTO A COMPROMISOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS 3. GD-SGI-F-001D ASISTENCIA EVENTO PÚBLICO DE RENDICIÓN DE CUENTAS de la implementación del espacio según cronograma.					x	x	X		31/12/2021	Mercadeo Planeación, Calidad y desarrollo Institucional Atención al Usuario	<b>Mercadeo:</b> Segundo cuatrimestre: Mayo: -Entrevista: -alpavisión noticias.situación covid, retos más grandes en la administración durante el primer año o invitación al autocuidado a causa de las manifestaciones que se están presentando en el departamento -Entrevista: Alfa Stereo noticias: Ocupación camas ucis, pago salarios a empleados situación covid-19 debido a las manifestaciones incremento en contagios. -Facebook live: Celebración Día de la enfermería -Facebook live: Firma contrato N° 192 de consultoría para la terminación de la torre materno infantil Junio: -Entrevista- Alfa Stereo: Principales logros de la Gestión encabezada por la Dra. Constanza Sasloque Gerente -Entrevista-RCN Radio: Tercer pico de la pandemia por Covid-19, ocupación camas UCIS, sugerencias y recomendaciones para las medidas de autocuidado. -Entrevista-Albatros Moro: Tercer pico de la pandemia por Covid-19, ocupación camas UCIS, sugerencias y recomendaciones para las medidas de autocuidado. -Facebook live: Tomógrafos Julio: -Entrevista Caracol Radio: Ocupación de camas UCIS -Entrevista Alfa Stereo-Ocupación de camas UCIS -Facebook live: causas y consecuencias en las vórices 29 julio 2021 Agosto: -Facebook live: Semana Mundial de la Lactancia Materna 04 agosto -Facebook live: Invitación eucaristía Conmemoración y Oración 10 agosto	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>10</b>
			Consolidado de información según formatos internos con la siguiente información: 1. Número de espacios de diálogo en los que se rindió cuentas 2. Grupos de valor involucrados 3. Fases del ciclo sobre los que se rindió cuentas. 4. Evaluación y recomendaciones de cada espacio de rendición de cuentas.				x	x	X		31/12/2021	Mercadeo Planeación, Calidad y desarrollo Institucional Atención al Usuario	<b>Mercadeo:</b> Segundo cuatrimestre: En el 2 cuatrimestre se tiene el siguiente consolidado de espacios de participación y rendición de cuentas realizados: 1. Número de espacios de diálogo en los que se rindió cuentas: 14 2. Grupos de valor involucrados: Ciudadanía en general 3. Fases del ciclo sobre los que se rindió cuentas: Se tuvieron en cuenta todas las fases del ciclo PHVA, y la ejecución de los espacios se ubica en la etapa de hacer y verificar 4. Evaluación y recomendaciones de cada espacio de rendición de cuentas: Se describe en el formato adjunto	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>11</b>	<a href="#">ACT 11</a>
Subcomponente 3 y 4 Responsabilidad (Incentivos y evaluación)	3.1	Realizar actividades para promover una cultura de rendición de cuentas y control social dirigida al cliente interno y externo. (capacitaciones, cursos virtuales)	Evidencia de las actividades desarrolladas.				x				31/12/2021	Talento Humano Atención al Usuario	La Oficina de <b>Talento Humano</b> incluyó dentro del PIC para la vigencia 2021 temas que promueven una cultura de rendición de cuentas y control social, se	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	<b>12</b>	<a href="#">ACT 12</a>
	3.2	Consolidar y divulgar informe de participación Ciudadana y Rendición de cuenta al finalizar la vigencia	Evidencia de la Publicación en la pñna web del informe final del evento público de rendición de cuentas						x		31/12/2021	Planeación	No esta programa para este periodo	0 a 59%	NA	<b>13</b>	<a href="#">ACT 13</a>
	3.3	Realizar consulta a los ciudadanos sobre su satisfacción frente al proceso de rendición de Rendición de Cuentas	Informe de Consolidado de Satisfacción del Ejercicio de la Rendición de Cuentas							X		31/12/2021	Planeación	No esta programa para este periodo	0 a 59%	NA	<b>14</b>

## 4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

<b>PROPOSITO</b>	Este componente busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos. Se desarrolla en el marco de la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (Conpes 3785 de 2013), de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano										<b>SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 31 DE AGOSTO DE 2021</b>			
<b>SUBCOMPONENTE</b>	<b>Nº</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>META/PRODUCTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>Actividades realizadas a 30 de Abril de 2021</b>	<b>% DE</b>	<b>ANOTACIONES</b>	<b>No. Acción</b>	<b>EVIDENCIA</b>					

COMPONENTE	INDICADOR	DESCRIPCION	METAS	RECURSOS	ACTIVIDADES PLANIFICADAS	AVANCE	INDICACIONES	FECHA	EVIDENCIA	
1) Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico	1.1	Elaborar y reportar a la Alta Dirección un (1) informe mensual de PQRSD y Satisfacción del Usuario, que contenga los siguientes elementos de análisis: - Recomendaciones sobre los trámites y servicios con mayor número de quejas y reclamos - Recomendaciones de los particulares dirigidas a mejorar el servicio que preste la entidad - Recomendaciones de los particulares dirigidas a incentivar la participación en la gestión pública - Recomendaciones de los particulares dirigidas a racionalizar el	12 Informes presentados		Atención al Usuario	Se elaboró y reporto a la Alta gerencia informe de Satisfacción de usuarios y consolidado de PQRSD de los meses de Mayo, Junio, Julio y agosto de 2021. Los informes contienen conclusiones y recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. Se adjuntan a la evidencia los 4 informes y las evidencias de envíos. Este informe también es socializado a cada uno de los jefes y/o coordinadores de áreas.	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	15	<a href="#">ACT 15</a>
	1.2	Presentar un informe semestral consolidado PQRSD y Satisfacción del Usuario al comité de Gestión y Desempeño.	Evidencia del envío del informe al comité.		Atención al Usuario	Se realiza presentación de informe de satisfacción de usuarios de la vigencia 2020 al comité MIPG 18 de junio de 2021.	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	16	<a href="#">ACT 16</a>
2) Fortalecimiento de los canales de atención	2.2	Coordinar con el personal de apoyo de infraestructura, la priorización y costo de las actividades que requieren ser implementadas en el Hospital, para cumplir con lo exigido en el Autodiagnóstico de Espacios Físicos según la NTC 6047 de 2013, y	Presupuesto con los costos de las actividades priorizadas para cumplir con el Autodiagnóstico de Espacios Físicos según la NTC 6047 de 2013 y las ordenes de trabajo que evidencien la ejecución de las actividades ejecutadas según la disponibilidad de recursos.	Subgerencia Administrativa e Infraestructura	Pendiente de Ejecutar.	0 a 59%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	17	<a href="#">ACT 17</a>	
	2.3	Divulgar la carta actualizada de trato digno al usuario, en la que se indiquen sus derechos y los medios dispuestos para garantizarlos.	Evidencia de la divulgación		Atención al usuario	Se actualizó la carta de trato digno y se realizó la divulgación por parte de mercadeo por los canales de escucha institucional, se adjunta como evidencia pantallazos de publicaciones. Está actividad se realizó la divulgación en notisuario, facebook y correos institucionales por parte de mercadeo	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	18	<a href="#">ACT 18</a>
	2.4	Difundir el cliente interno (Servicios de cara al usuario) el Manual de Atención al ciudadano.	Evidencia de la difusión del Manual de Atención al Ciudadano		Atención al Usuario	Se Avanza en la socialización y evaluación de adherencia a el manual de Atención al Ciudadano V4 , en el segundo cuatrimestre se hizo socialización y evaluación al personal de Facturación, Consulta Externa, Vigilancia y Farmacia, Asistencia y Evaluación	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	19	<a href="#">ACT 19</a>
	2.5	Gestionar ante la Gerencia y Subgerencia Técnica la posibilidad de disponer de una ventanilla o punto de atención único en donde se realice la programación de citas y entrega de resultados de apoyo diagnóstico que implique la presencia y acceso del usuario.	Evidencia de la gestión realizada y resultados de la misma.		Atención al usuario	Se realiza gestión ante las directivas para disponer una ventanilla única para la programación de citas y entrega de resultados, se adjunta correo enviados a directivas y respuesta de la misma	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	20	<a href="#">ACT 20</a>
	2.6	Hacer seguimiento a los mecanismos implementados para evaluar la consistencia de la información que se entrega al ciudadano a través de los diferentes canales de atención.	Un informe anual de evaluación de satisfacción del cliente corporativo de la vigencia anterior.  Un informe anual de satisfacción de los proveedores  Un informe anual de satisfacción de estudiantes que se encuentran rotando por la institución y además un informe semestral de satisfacción de instituciones educativas, todo lo anterior con el objetivo de conocer la percepción respecto al proceso académico, instalaciones localitvas y aspectos organizacionales al final de la rotación.	Mercadeo  Suministros  Educación Médica	Segundo cuatrimestre: La oficina de Mercadeo y Comunicaciones publicó en la página web institucional el informe de satisfacción de los clientes corporativos donde se encuentra en el siguiente enlace: <a href="https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/INFORME-EVALUACION-SATISFACCION-CLIENTE-CORPORATIVO-2020-1.pdf">https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/INFORME-EVALUACION-SATISFACCION-CLIENTE-CORPORATIVO-2020-1.pdf</a>  Actividad no programada para este periodo.  En el mes de junio se inició la solicitud de aplicación de las encuestas de satisfacción dirigido a los estudiantes y directivas de la Instituciones Educativas.  Teniendo en cuenta que la actividad de la aplicación de encuestas de satisfacción de instituciones educativas se realiza de manera semestral, se generó un informe según los resultados.  En ejecución se encuentra el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción de estudiantes a la fecha han contestado 119 personas.	De 80 a 100%  0 a 59%  De 60 a 79%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!  N/A  Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	21  22  23	<a href="#">ACT 21</a>  <a href="#">ACT 22</a>  <a href="#">ACT 23</a>	
3. Talento Humano	3.1	Elaborar y coordinar un plan de capacitación dirigido a los colaboradores que realizan sus actividades de cara al usuario para mejorar la atención a los usuarios.	Ejecutar el plan de capacitación acorde a las necesidades presentadas	Talento Humano Bienestar laboral SIAU Servicios ambulatorios programación de cirugía ambulatoria urgencias Gestión documental (HC) Commutador	<b>Gestión Documental:</b> se realizó las respectivas capacitación del personal de cara al usuario en conjunto con el área siau ya que los procesos tiene trazabilidad entre estas dos áreas para brindar una adecuada atención a nuestros clientes internos y externos. <b>TALENTO HUMANO:</b> Para el II cuatrimestre de la vigencia 2021, el Plan Institucional de Capacitación alcanzó un 47.2% de cumplimiento, fueron ejecutadas seletiva (70) capacitaciones logrando un total de ciento veintiocho (128) capacitaciones incluyendo las cincuenta y ocho (58) del I cuatrimestre de 2021. <b>Servicios Ambulatorios:</b> Se realiza capacitaciones con los colaboradores de las diferentes unidades de servicios ambulatorios que realicen actividades de cara al usuario. Se adjunta soporte de actas de capacitación y de actas de autcontrol punto 8 que soporten actividades de cara al usuario para mejorar la atención a los usuarios. <b>QUIROFANOS:</b> Se presenta el plan de capacitaciones - PIC 2021, con su respectivo cronograma de las 8 capacitaciones programadas a la fecha se han realizado 7. Nos encontramos a la espera de la última capacitación. Se tiene programado para el mes de septiembre la última capacitación del cronograma establecido en el plan de capacitación.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	24	<a href="#">ACT 24</a>	
	3.2	Fortalecer las competencias de los servidores públicos que atienden directamente a los ciudadanos a través de procesos de cualificación (Preparación necesaria para el desempeño de una actividad)	Dar continuidad a la gestión que permita certificar a los colaboradores de la institución en competencias tales como: Administración de medicamentos, Atención al usuario y control de infecciones.	Talento humano Bienestar laboral	de la Oficina de Bienestar Laboral – Talento Humano, en alianza con el SENA, continúa avanzando en el proyecto de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, en las normas 230101258 "Controlar Infecciones Según Normativa y Protocolo de Salud" en el proceso 20 colaboradores, norma 230101257 "Administrar Inmunobiológicos según delegación y normativa de salud, un colaborador, 230101259 "Administrar medicamentos según delegación y normativa de la salud" certificados 41 colaboradores, 230101266 "Orientar personas según normativa de la salud" certificados 23 colaboradores. Un	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	25	<a href="#">ACT 25</a>	
			Evidencia de la gestión realizada ante los servicios solicitando las actividades de educación continua para la vigencia.	Educación Médica	Se evidencia que han realizado tres gestiones a los servicios asistenciales con el fin de identificar las necesidades de educación continua a desarrollar.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	26	<a href="#">ACT 26</a>	

	3,3	Gestionar actividades de educación continua de acuerdo a la normatividad vigente con el fin de fortalecer las competencias del personal asistencial que labora en la institución.	Evidencia de la ejecución de las actividades de educación continua realizadas en la vigencia.	Educación Médica	Durante el segundo cuatrimestre se han ejecutado 48 formaciones de educación continua. Listados de Asistencias: <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1D1gab9LeqY_GeVdDW-w4uic0rhZEkzy">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1D1gab9LeqY_GeVdDW-w4uic0rhZEkzy</a> Grabaciones: <a href="https://drive.google.com/drive/u/4/folders/1yxH6yQOUhguSYm5kb7rAYTpdU4an7m0">https://drive.google.com/drive/u/4/folders/1yxH6yQOUhguSYm5kb7rAYTpdU4an7m0</a>	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	27	<a href="#">ACT 27</a>
	3,4	Diseñar un plan anual de capacitación institucional y gestionar su aprobación donde se prioricen algunos de los siguientes temas: Gestión del Talento Humano, Integración Cultural, Relevancia Internacional, Buen Gobierno, Contratación Pública, Cultura organizacional, Derechos humanos, Gestión administrativa, Gestión de las tecnologías de la información, Gestión documental, Gestión Financiera, Gobierno en Línea, Innovación, Participación ciudadana, Servicio al ciudadano, Derecho de acceso a la información, día del servidor público y divulga en la página web institucional	1. Plan Institucional de Capacitación elaborado, aprobado y publicado en pag web Institucional.	Talento Humano	Plan Institucional de Capacitación elaborado, aprobado por el Comité de Bienestar Laboral y publicado en la Página Web Institucional.	De 60 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	28	<a href="#">ACT 28</a>
2. Avance y ejecución del Plan de capacitación.			Talento Humano	El Plan Institucional de Capacitación, ha tenido un avance del 47,2 % durante el primer primer y segundo cuatrimestre del año, los recursos destinados a capacitación se encuentran en proceso de ejecución contando con un presupuesto a la fecha de \$ 87.791.609 pesos, valor destinado para la ejecución del Plan Institucional de Capacitación para los funcionarios de la E.S.S. En el primer cuatrimestre se desarrollaron 58 capacitaciones y en el segundo cuatrimestre 70	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	29	<a href="#">ACT 29</a>	
	3,5	Recomendar a los funcionarios sujetos de evaluación del desempeño laboral para que suscriban dentro de las competencias de la vigencia 2021 la de "Orientación al usuario y al ciudadano", con el fin de contribuir en la satisfacción de las necesidades e intereses de los	Recomendación por parte de la Oficina de Talento Humano a los servidores sujetos de evaluación.	Talento Humano	Cumplida en el Primer Cuatrimestre de 2021	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	30	<a href="#">ACT 30</a>
4. Normativo y Procedimental	4,1	Capacitar y evaluar el personal encargado de recibir las peticiones. ( Personal de Radicación de correspondencia) acerca la atención, tramite y respuesta de PQRSD.	1. Evidencia de una capacitación semestral dirigida al personal del SIAU y personal de Correspondencia.	Atencion al usuario	En el primer cuatrimestre se capacito al grupo de SIAU encargado de atender pqrsd y en el segundo cuatrimestre se capacito al personal de correspondencia, se adjunta listado de asistencia del area de CORRESPONDENCIA	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	31	<a href="#">ACT 31</a>
			2. Evidencia de la medición de la adherencia del personal del SIAU y correspondencia, al proceso de PQRSD.	Atencion al usuario	En el segundo cuatrimestre se evaluo al personal de correspondencia en el proceso de PQRSD, se adjunta evaluación del area de CORRESPONDENCIA	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	32	<a href="#">ACT 32</a>
	4,2	Difundir ante los responsables de atender el proceso de Atención y Tramite PQRSD (Alta gerencia, Líderes y coordinadores de área) el Manual para la gestión , tramite y respuesta de las peticiones, quejas y reclamos	Evidencia de la difusión del Manual para la gestion, tramite y respuesta a las peticiones, quejas y reclamos.	Atencion al usuario Jurídica	Jurídica: Inician las capacitaciones en el mes de abril de 2021, se anexa el registro de asistencia. SIAU: En el cuatrimestre se adelanto socialización del Manual de atención y tramite de PQRSD a los coordinadores de las siguientes areas: resonancia, quirofanos, gerencia, facturación, talento humano, subfinanciera, referencia, recurso físicos, urgencias, subtecnico científico, subAdministrativo, pediatría, hospitalización, epidemiología.	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	33	<a href="#">ACT 33</a>
	4,3	Actualizar el normograma correspondiente al área, incluyendo Normas Externas e Internas, reportar de manera semestral a la oficina de planeación para la correspondiente consolidación y publicación.  El normograma sebe ser socializado con los equipo de trabajo de cada área y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol.	Normograma actualizado por área y reportado a la oficina de Planeación de manera semestral.  Evidencia de la divulgación de las normas según alcance y registro de las novedades en actas de subcomité de autocontrol Punto 3.6.1	Lideres de areas funcionales	Jurídica: Se reporto a la Oficina de Planeación. Sub. Técnica: El normograma institucional se encuentra actualizado y publicado en la pagina web del hospital, pendiente realizar una nueva revisión de la normatividad cuando sea requerida por la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional - cuando sea requerida nueva revisión a las areas funcionales, la Subgerencia Técnico científica promovera dicha actividad. SIAU: Se elaboro el normograma 2021 tanto interno como externo y se entrego planeación. TALENTO HUMANO: La Oficina de Talento Humano realiza actualización del normograma relacionado con cada uno de los procesos del cliente interno. Servicios Ambulatorios: Se realizo la actualización del normograma de los servicios ambulatorios el cual fue enviado a la oficina de planeación. Adjunto normograma y scaneo del correo a la oficina de planeación. QUIROFANOS: Se realiza actualización de normograma por	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	34	<a href="#">ACT 34</a>
	4,4	Actualizar el reglamento interno PQRSD de la entidad para dar prioridad a las peticiones relacionadas con:  - Peticiones presentadas por menores de edad - Peticiones presentadas por periodistas	reglamento interno PQRSD de la entidad actualizado	Atencion al usuario	Durante el segundo cuatrimestre se trabajo junto con Jurídica en la actualización del Manual de Atención, tramite y respuesta a las PQRSD, se envió a planeación, los formatos para hacer el respectivo ajustes y crear la nueva version con los cambios que incluye el procedimiento para atender peticiones de Menores de edad , y periodistas, pendiente documento de planeacion que notifique la actualización.	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	35	<a href="#">ACT 35</a>
	4,5	Brindar capacitación a los líderes de las áreas funcionales de la entidad en relación al uso del aplicativo para responder las peticiones y consultas de los usuarios.	Evidencias de los lideres capacitados (Listados de asistencia) Mínimo dos capacitaciones	Sistemas de Informacion	Se realiza las capacitaciones de extranet a los lideres de area con el fin de que hagan uso de la herramienta y asi dar respuestas a PQRSD	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	36	<a href="#">ACT 36</a>
	5,1	Actualizar y socializar la caracterización de usuarios y ciudadanos (Grupos de valor) de acuerdo a las variables de la Guía de caracterización de ciudadanos del DAFP.	Documento de caracterización por grupo de valor actualizado y socializado, ante la Alta Dirección para la toma de decisiones.	Lideres de grupos de valor (Talento Humano, Atención al Usuario, Mercadeo, Educación Médica, Suministros y Contratación)	Mercadeo: Segundo cuatrimestre: La Oficina de Mercadeo y Comunicaciones socializó vía correo electrónico al cliente interno el informe de caracterización del cliente corporativo de igual manera fue publicado en la página web institucional donde se encuentra en el siguiente enlace: <a href="https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/CACTERIZACION-CLIENTES-CORPORATIVOS-2021.pdf">https://hospitalneiva.gov.co/wp-content/uploads/2021/05/CACTERIZACION-CLIENTES-CORPORATIVOS-2021.pdf</a> . SIAU: Está actividad ya se encuentra cumplida, cerrada y evidenciada en el primer cuatrimestre de la vigencia 2021. TALENTO HUMANO: La Oficina de Talento Humano requirió información a los líderes de procesos, empresas jurídicas y demás con el fin de generar Caracterización de Cliente Interno.	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	37	<a href="#">ACT 37</a>
	5,2	Realizar una Publicación semestral en el NotiUsuarios, pagina web de los mecanismos de escucha. (1 en el primer semestre y la otra en el segundo semestre).	Evidencias de publicación , NotiUsuarios y Pagina WEB.	Atencion al Usuario	se realiza publicación de los mecanismos de escucha en el notuario de julio y se encuentra publicada en la pagina web institucional	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	38	<a href="#">ACT 38</a>

5.Relacionamiento con el ciudadano	5,3	Realizar dos (2) seguimiento al proceso PQRSD de la entidad, de conformidad con el artículo 76 de la ley 1474 de 2011* Estatuto Anticorrupción*	Informe de Seguimiento semestral (2)	Oficina Asesora Control Interno	Se realizo informe de seguimiento a la gestión y tramite de las PQRSD, correspondientes al primer semestre del 2021.	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	<b>39</b>	<a href="#">ACT 39</a>	
	5,4	Definir y divulgar un mecanismo a través del cual los usuarios puedan hacer seguimiento a sus peticiones.	Evidencia de la creación del mecanismo y la difusión.	Atencion al Usuario Sistemas de Informacion	Se define con la oficina de SIAU el mecanismo para que los usuarios tengan una guia para hacer seguimiento a sus peticiones y esta incorporado en la pagina web institucional.	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>40</b>	<a href="#">ACT 40</a>	
	5,5	5.4 Adelantar las investigaciones en caso de: 5.4.1 Incumplimiento a la respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley. 5.4.2 Quejas contra los servidores públicos de la Entidad.	5.4.1 Reportar a la Oficina de Control Interno Disciplinario los líderes que incumplen los tiempos de respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley y proceso establecido.		Atencion al Usuario	Se adjunta reporte de de control interno de líderes que incumple con los tiempos de respuesta de PQRS. Se adjunta oficio de reporte del mes de mayo y junio de 2021.	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	<b>41</b>	<a href="#">ACT 41</a>
			5.4.2 Adelantar el tramite correspondiente frente al Incumplimiento a las respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley.		Oficina Asesora Control Interno Disciplinario	El jefe de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario ha adelantado el tramite frente al Incumplimiento a las respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley.	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	<b>42</b>	<a href="#">ACT 42</a>
			5.4.3 Evidencia de quejas instauradas en la oficina Control Interno Disciplinario y el tramite a seguir.							
5,6	Llevar un registro sistemático de las observaciones presentadas por las veedurías ciudadanas recepcionadas en la oficina de Atención al Usuario.	Evidencia de las observaciones presentadas por las veedurías en el SIAU.		Atencion al Usuario	en el segundo cuatrimestre, en el SIAU , solo registran encuentros de veedurías en el mes de mayo, julio y agosto de 2021, en el espacio de encuentros con miembros de comunidades alianzas y asociaciones de usuarios, en las cuales los participantes hacen sus intervenciones, pero no registran formalmente un hallazgo son solo inquietudes, que se tramitan virtuales.	De 60 a 79%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	<b>43</b>	<a href="#">ACT 43</a>	

## 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

<p><b>PROPOSITO</b> El componente se enmarca en los lineamientos del primer objetivo del CONPES 167 de 2013 "Estrategia para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública", que tiene dentro de sus acciones la implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública Nacional 1712 de 2014.</p> <p>Este componente esta cargo de la Secretaria de Transparencia como entidad líder del diseño, promoción e implementación de la Política de Acceso a la Información Pública</p>	<p>SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 31 DE AGOSTO DE 2021</p>
--	---

SUBCOMPONENTE	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	RESPONSABLE	Actividades realizadas a 30 de Abril de 2021	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA
	1,1	Dar a conocer a los grupos de interes la información dispuesta en la pagina web a través Infografías.	Una Infografía por Cuatrimestre divulgada en canales de comunicación	Mercadeo	Segundo cuatrimestre: La oficina de Mercadeo y Comunicaciones con el fin de dar a conocer la información dispuesta en la página web como: Entidad, Covid 19, Contratación, Atención al ciudadano, diseñó infografía denominada "Interactue en nuestra página web" la cual fue publicada por cartelera digital, fondo de pantalla, se compartió por redes sociales y correos electrónicos a los diferentes grupos de valor.	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>44</b>	<a href="#">ACT 44</a>
	1,2	Publicar en la plataforma SECOP, la información de los contratos suscritos por la ESE en la vigencia fiscal, para la adquisición de bienes, servicios y obras.	100% de los contratos suscritos por la ESE en la vigencia fiscal, para la adquisición de bienes, servicios y obras. No. Contratos publicados en SECOP/ No. Contratos formalizados (con requisitos de ejecución) *100	Contratacion	Resultado: 210 / 210 *100 = 100%  En el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de agosto del año en curso, la ESE suscribió 210 contratos, de los cuales 210 se encuentran formalizados a la fecha, que se han venido publicando en la plataforma del SECOP 1., tal y como puede ser verificado en el vínculo de la plataforma: <a href="https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do">https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do</a>  NOTA: No se registra un avance del 100% de cumplimiento, toda vez que, en el transcurso del año la ESE podrá suscribir nuevos contratos.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>45</b>	<a href="#">ACT 45</a>
	1,3	Realizar monitoreo y seguimiento trimestrales al cumplimiento de la actualización e información cargada por los servidores al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP-	Cuatro Informes (Uno Trimestral al cumplimiento de la actualización de la información cargada por los servidores públicos al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP-	Talento Humano	La Oficina de Talento Humano realizó informe de verificación del cargue de información SIGEP II por los servidores de la ESE Hospital Universitario	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>46</b>	<a href="#">ACT 46</a>
	1,4	Realizar monitoreo y seguimiento semestral al cumplimiento de la actualización e información cargada por los contratista (persona natural) al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP-	Dos Informes (un informe semestral al cumplimiento de la actualización de la información cargada por los contratistas (persona natural) al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP-	Contratacion	El 9 de julio del año en curso, se procedió a realizar el primer informe semestral al cumplimiento de la actualización de la información cargada por los contratistas (persona natural) al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.  NOTA: No se registra un avance del 100% de cumplimiento, toda vez que, en el transcurso del año la ESE tiene programado 2 informes (1 por cada semestre).	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>47</b>	<a href="#">ACT 47</a>

1. Lineamientos Transparencia Activa (Disponibilidad medios físicos y electrónicos)	1,5	Publicar la información remitida por el líder y coordinador de cada unidad funcional y gestionar la actualización técnica de la página web según lo establecido en la ley 1712 de 2014 y en la Matriz de Autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014, diseñada por la Procuraduría General de la Nación.	Información Publicada en la web	Gerencia. Subgerencia Financiera, Subgerencia Administrativa, Subgerencia Técnica. Oficinas Asesoras (Planeación, Jurídica, Control Interno) Oficina de Contratación Oficina de Talento Humano S.I.H	<b>Jurídica:</b> Publicar página web - Esta publicado en la siguiente ruta: - Atención usuario - Transparencia y Acceso a Información pública - 7. Mecanismos de control - 7.6 Defensa Judicial <b>Mercado:</b> Segundo cuatrimestre: Mayo: -Caracterización clientes corporativos -Informe de satisfacción cliente corporativos vigencia 2020 -Se realizo actualización del inventario de canales de comunicación donde se incluyó el nuevo número de citas médicas Oncológicas 9631694 -Publicación infografía invitación Audiencia Pública de Rendición de cuentas vigencia 2020 -Flash informativo edición 33 -Flash informativo edición 34 -Flash informativo edición 35 -Flash informativo edición 36 -Panorama de contratación para la venta de servicios de salud mayo Junio: Trasmisión en vivo: Audiencia Pública de rendición de cuentas vigencia 2020 -Portafolios de servicios actualizados *Laboratorio Clínico *Radiología e Imagenología *Servicios de Urgencias *Servicios de Hospitalización *Unidad de Cuidados Intensivos *Servicios de Consulta externa *Servicios Quirúrgicos *Servicios de Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica *Comunicado a la opinión pública Reiteramos Alerta Roja	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>48</b>	<a href="#">ACT 48</a>
	1,6	Publicar la información remitida por el líder y coordinador de cada unidad funcional y gestionar la actualización técnica de la página web según lo establecido en la ley 1712 de 2014 y en la Matriz de Autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014, diseñada por la Procuraduría General de la Nación.	Página web Institucional actualizada	Sistemas de Información	Se realiza la publicación dentro de la página web de los contenidos enviados por los líderes y coordinadores de cada área funcional.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>49</b>	<a href="#">ACT 49</a>
	1,7	Realizar seguimiento al cumplimiento de la Matriz de Cumplimiento V.3 establecida por la Procuraduría General de la Nación, para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014.	Generar dos (2) Informes de seguimiento semestral junio (Corte a 30 de junio), Diciembre (Corte a 31 de diciembre)	Oficina Asesora de Control Interno	Se realiza y se presenta el Informe de seguimiento a la matriz 1712 correspondiente a el primer semestre 2021	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>50</b>	<a href="#">ACT 50</a>
	1,8	Gestionar con el área de sistemas de Información la publicación para que se habilite un link en la página web sobre el alcance de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información. Ley 1712 de 2014.	Link habilitado en pagina web sobre el alcance de la ley 1712 de 2014.	Profesional Especializado adscrito a Gerencia	Se evidencia un link de acceso dentro del portal Web de la Institución para el acceso a los temas referentes a Ley de Transparencia y Acceso a la Información, Ley 1712 de 2014.	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>51</b>	<a href="#">ACT 51</a>
	1,9	Gestionar la programan y ejecución de dos (2) capacitaciones en la vigencia sobre la Ley de Transparencia, Ley 1712 de 2014 para los responsables de área.	Listados de asistencia de las dos capacitaciones realizadas sobre la Ley de Transparencia, Ley 1712 de 2014 dirigida a los para los responsables de área.	Profesional Especializado adscrito a Gerencia	Se realizó capacitación a los responsables de área sobre la Ley 1712 de 2014, con el apoyo de la Oficina Jurídica, el 10 de junio de 2021, cuya evidencia se anexa con la citación, registro de asistencia y fotografías respectivas. La segunda capacitación está programada para el 9 de septiembre de 2021.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>52</b>	<a href="#">ACT 52</a>
	1.10	Gestionar la publicación en la pagina web de Transparencia y acceso a la información la información de Proyectos de inversión en ejecución de acuerdo a lo requerido por la ley 1474 de 2011	Proyectos de inversión en ejecución en pagina web institucional	Profesional Especializado adscrito a Gerencia	Se evidencia un seguimiento oportuno al desarrollo de la actividad	0 a 59%	Se evidencia un avance en el desarrollo de la actividad	<b>53</b>	<a href="#">ACT 53</a>
	1.11	Publicar y actualizar los conjuntos de Datos abiertos identificados en los activos de información	Publicación de conjuntos de datos	Sistemas de Información	Se incorpora el archivo de datos abiertos al portal del Gobierno <a href="https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Activos-de-Informacion-1/m5v-vh53">https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Activos-de-Informacion-1/m5v-vh53</a>	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>54</b>	<a href="#">ACT 54</a>
2. Lineamientos de Transparencia Pasiva (obligación de responder las solicitudes)	2,1	Gestionar la respuesta a las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley	Proporción de requerimientos de información respondidos de forma oportuna	Atención al Usuario Talento Humano Jurídica	<b>Jurídica:</b> SE REPORTA A SIAU - Consolidación <b>SIAU:</b> Mensualmente se mide indicador que evidencia el cumplimiento oportuna a las PQRSD. Indicador medido "Respuesta Oportuna de PQRSD" hasta el mes de JULIO 2021 debido a que los tiempo s de respuesta se prolongaron a 30 días. <b>TALENTO HUMANO:</b> La oficina de Talento Humano realizó consolidación de las P.Q.R.S.F durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2021 relacionada a continuación: Mayo 22 Junio 11 Julio 17 Agosto 13 Para un total de Sesenta y tres (63) P.Q.R.S.F	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>55</b>	<a href="#">ACT 55</a>
3. Seguimiento acceso a la información pública	3,1	Actualizar la encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información en la Pagina web Institucional.	Encuesta actualizada	Sistemas de Información	Se realiza la publicación de ca encuesta de satisfacción al ciudadano sobre transparencia y acceso a la información publica <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdjclurR7ZpeE176FL03lgCHNOj2CK4tcW15siXzPAOgrnQ/viewform?embedded=true">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdjclurR7ZpeE176FL03lgCHNOj2CK4tcW15siXzPAOgrnQ/viewform?embedded=true</a>	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>56</b>	<a href="#">ACT 56</a>
4. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	4,1	Solicitar a cada unidad funcional la actualización de los activos de información. Una vez allegada la información consolidar y publicar en pagina web.	Solicitud de actualización de activos de información a líderes de unidades funcionales. Consolidado de activos y publicación en pagina web.	Sistemas de Información	Se solicita a cada área funcional El 16 de febrero, el 28 de junio y el 31 de agosto la actualización de los activos de información de la institución, se adjunta evidencias.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>57</b>	<a href="#">ACT 57</a>
	4,2	Actualizar el esquema de Publicación de información	Esquema de Publicación de información actualizado	Sistemas de Información	Se realiza borrador de la matriz ITA donde se asignan los posibles responsables de la información, además se adjunta acta de reunion Matriz ITA	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>58</b>	<a href="#">ACT 58</a>
5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5,1	laborar un consolidado PQRSD de manera mensual que contenga como mínimo, la siguiente información:  1. El tema o asunto que origina la petición o la consulta. 2. Fecha de recepción o radicación. 3. Término para resolverla 4. Dependencia responsable del asunto 5. Fecha de respuesta 6. Número de oficio de respuesta  Adicional se consolida en el mismo documento cuadro resumen con la siguiente información:  1.No. De solicitudes recibidas por la entidad	Reporte mensual (5 primeros días calendario) a SIAU con los criterios definidos y en el formato establecido.  Consolidado Mensual de SIAU y las unidades que reportan (Talento Humano, Jurídica) de PQRSD los criterios definidos y evidencia de gestión de la publicación en la pagina web.	Talento Humano Jurídica Atención al Usuario	<b>Jurídica:</b> Se reporta a SIAU, en forma oportuna. <b>SIAU:</b> Mensualmente se publica en pagina web, boton de transparencia los consolidados de PQRSD de cada mes. publicaciones en pagina web del mes de MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO. La Oficina de Talento Humano consolidó, reportó y publicó las P.Q.R.S.F. durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2021  <a href="https://hospitalheiva.gov.co/informe_pqrsd/">https://hospitalheiva.gov.co/informe_pqrsd/</a>	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>59</b>	<a href="#">ACT 59</a>

6.Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales	6,1	Incluir dentro del manual de la política de seguridad de la información la política del sitio web, gestionar su aprobación y modificación en el manual de políticas institucionales.	Política incluida dentro del manual de Políticas institucionales, divulgada y publicada en la página web institucional.	Sistemas de Información	Se realiza la consulta de la política con el área de jurídica, a la espera de la respuesta, se adjunta correo donde se realiza la consulta	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>60</b>	<a href="#">ACT 60</a>
	6,2	Construir la política de política de protección de datos personales (HABEAS DATA), gestionar su aprobación e implementación y publicarla en la página web Institucional.	Política de protección de datos personales construida, aprobada e implementada	Sistemas de Información Jurídica	Se constituye el documento de Habeas Data de la Institución, es enviado a la oficina jurídica para su verificación.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>61</b>	<a href="#">ACT 61</a>

## 6. INICIATIVAS ADICIONALES - CÓDIGO DE INTEGRIDAD

<b>PROPOSITO</b>	<p>Guiar el comportamiento del servidor público, así mismo es una herramienta de cambio cultural que busca un cambio en las percepciones que tienen los servidores públicos sobre su trabajo, basado en el enaltecimiento, orgullo y vocación por su rol al servicio de los ciudadanos y en el entendimiento de la importancia que tiene su labor para el país y específicamente para la coyuntura actual; también busca cambio en los hábitos y comportamientos cotidianos de los servidores en su trabajo diario, basados en el fortalecimiento de su quehacer íntegro, eficiente y de calidad.</p>	<p><b>SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO a 31 DE AGOSTO DE 2021</b></p>
------------------	---	--

SUBCOMPONENTE	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	RESPONSABLE	Actividades realizadas a 30 de ABRIL de 2021	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA
CÓDIGO DE INTEGRIDAD	1	Liderar la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan de gestión de la integridad, y coordinar las diferentes actividades que en éste se establezcan.	Plan de Gestión de la Integridad Formulado, ejecutado y con reporte del cumplimiento del plan a la oficina de control interno de manera cuatrimestral.	Talento Humano	La Oficina de Talento Humano elabora PLAN DE GESTIÓN DE LA INTEGRIDAD, se convoca a elección de los GESTORES DE INTEGRIDAD de la ESE, mediante Resolución No. 0776 del 2 de agosto del 2021 se conforma el equipo de Gestores.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>62</b>	<a href="#">ACT 62</a>
	2	Definir un cronograma en el cual se establezcan actividades que busquen sensibilizar a los colaboradores en prácticas de buen gobierno, declaración de conflictos de intereses	Cronograma elaborado y evidencia de la ejecución.	Control Interno Disciplinario	El jefe de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario estableció y realizó el cronograma de capacitaciones para la vigencia 2021.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>63</b>	<a href="#">ACT 63</a>
CONFLICTO DE INTERES	1	Liderar la formulación de una estrategia de Conflicto de Interés resultado del utodiagnostico realizado.	Estrategia elaborada y aprobado por el comité MIPG	Oficina de Planeacion	Estado. Cumplida La oficina de Planeación lidero la formulación de una estrategia de Conflicto de Interés resultado del utodiagnostico realizado, una vez se realizó el autodiagnostico se generaron las actividades para implementar, ver documento en excel con los avances de cada actividad y acta de comité de Gestión y Desempeño.MIPG.	De 80 a 100%	Se logro cumplir el objetivo de la actividad permitiendo el cierre de esta!	<b>64</b>	<a href="#">ACT 64</a>
	2	Ejecución de las actividades programadas según estrategia aprobada y concertada por los responsables de su ejecución.	Evidencia de la ejecución de la actividades de la estrategia de conflictos de Interés.	Lideres Responsables	Estado. En Ejecución La oficina de Planeación lidero la formulación de una estrategia de Conflicto de Interés resultado del utodiagnostico realizado, una vez se realizó el autodiagnostico se generaron las actividades para implementar, ver documento en excel con los avances de cada actividad y acta de comité de Gestión y Desempeño.MIPG.	De 60 a 79%	Se avanza en el desarrollo de la actividad oportunamente.	<b>65</b>	<a href="#">ACT 65</a>

ORIGINAL FIRMADO  
**DRA. MARISOL GUTIERREZ TRUJILLO**  
Jefe Oficina de Control Interno

ORIGINAL FIRMADO  
**LUIS EDUARDO RESTREPO ESCRUCERIA**  
Administrador de Empresas -Control Interno Profesional Universitario-Agremiado